

DU TRAITEMENT
DES
ANÉVRISMES DE L'AORTE
PAR LES IODURES ALCALINS

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1892
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
HENRI SABATIER

Né le 29 Juin 1869, à Nîmes (Gard)



LYON
ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
4, RUE GENTIL, 4
Décembre 1892

DU TRAITEMENT
DES
ANÉVRISMES DE L'AORTE
PAR LES IODURES ALCALINS

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1892
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
HENRI SABATIER

Né le 29 Juin 1869, à Nîmes (Gard)



LYON
ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Cliniques des maladies mentales.		GAYET.
Physiques médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale.		X.
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. PERRET, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON, —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON.	MM. ROUX.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
CONDAMIN.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
COURMONT.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	BOUVEAULT,
DEROIDE.	LINOSSIER.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé.
DEVIC.	PERRET.		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. BONDET, Président; M. SOULIER, Assesseur; MM. ROQUE et ROLLET Étienne, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BONDET

A MES MAÎTRES

Des Facultés de Montpellier, de Lyon
et de l'École de Service de santé militaire

INTRODUCTION

Depuis que l'anévrisme de l'aorte est connu, c'est-à-dire depuis le commencement de ce siècle, et depuis que l'on connaît aussi le pronostic sombre que cette lésion comporte ; les médecins et les chirurgiens ont solidarisé leurs efforts dans le but d'atténuer sinon de guérir cette cruelle maladie.

La méthode d'Albertini et de Valsalva resta longtemps classique. Pelletan, Hopes, Chomel l'employèrent à diverses reprises. Leur but était de réaliser ce qu'on a appelé plus tard l'état inopexique du sang. Le résultat fut souvent la cachexie du malade et non sa guérison.

De nos jours ont surgi de nombreuses méthodes, des médicaments plus nombreux encore. La liste en est longue. Chaque médication, chaque moyen proposé est attaché à un nom célèbre, à une découverte thérapeutique, quelquefois même à une erreur d'interprétation des faits, à une théorie physiologiquement fausse.

Parmi les cliniciens qui se sont occupés du traitement de l'anévrisme de la crosse de l'aorte, les uns se sont attaqués à la poche elle-même, au processus morbide local. Ils ont essayé la compression, le froid, l'électricité, les injections coagulantes ou astringentes. Les autres se sont adressés avec plus de bonheur, on doit le dire, à l'état général, à l'ensemble du système circulatoire, à l'organisme tout entier.

Ce sont quelques-uns de ces derniers thérapeutes, qui ont préconisé l'iodure de potassium et le repos ; — c'est-à-dire, la médication qui répond le mieux, jusqu'à aujourd'hui aux indications cliniques, le traitement le plus adéquat, si l'on peut s'exprimer ainsi, à l'affection elle-même.

Pendant le cours de nos études médicales, nous avons eu la bonne fortune d'observer, dans le service de M. le professeur Bondet, deux cas d'anévrismes de l'aorte thoracique. Dans ces deux cas il y avait usure de la paroi costale. Le traitement par l'iodure et le repos fut rapidement institué, et les effets en furent si excellents que l'idée nous est venue de publier ces observations et les résultats acquis. C'est ce qui fera le sujet de cette modeste étude.

Nous diviserons ce travail en six parties :

- 1^o Historique de la question.
- 2^o Étude des iodures alcalins au point de vue particulier de leur action sur la nutrition et la circulation.

3° Étude de l'influence de la diathèse syphilitique sur la genèse des anévrismes de l'aorte.

4° Revue rapide et analyse des principaux moyens chirurgicaux ou médicaux encore employés dans la cure des anévrismes.

5° Relation de deux observations inédites.

6° Conclusions.

Nous voilà donc à même d'aborder notre sujet : mais nous ne saurions le faire avant de nous être acquitté, envers ceux qui furent pour nous des guides bienveillants et nous prodiguèrent leurs conseils avec leurs bontés, de notre dette de reconnaissance.

Nous remercions plus particulièrement M. le professeur Bondet qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; MM. les professeurs agrégés Roque et Devic qui nous ont prodigué leur temps et leurs conseils.

Enfin que MM. les professeurs Ollier, Soulier et Gayet nous permettent de citer leur nom en souvenir de ce que nous leur devons, comme aussi, nos anciens maîtres de la Faculté de Montpellier, Engel, Imbert, Villé et Granel et nos chefs de l'École du service de Santé militaire.

DU TRAITEMENT
DES
ANÉVRISMES DE L'AORTE
PAR LES IODURES ALCALINS

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Le premier qui employa l'iodure de potassium dans le traitement de l'anévrisme de l'aorte ne fut pas comme l'ont écrit beaucoup d'auteurs, le Dr Chuckerbutty, médecin de Calcutta, mais bien un Français, Bouillaud, qui, en 1859, publia dans la *Gazette des hôpitaux*, la relation de deux cas d'anévrismes traités par l'iodure de potassium. Les deux malades qui font le sujet de ces deux observations étaient porteurs, le premier d'un anévrisme carotidien, le second d'un anévrisme de l'aorte. Avant eux, Bouillaud avait déjà traité, dans son service de l'hôpital de la Charité, un anévrisme du point d'origine de la carotide et de la sous-clavière.

Ces premières tentatives, à point de départ tout empirique, furent couronnées de succès : on remarqua une amélioration rapide et considérable avec des doses *pro die* de 1 gr. 50 à 2 grammes.

Après Bouillaud vint Chuckerbutty, qui, sans connaître les résultats obtenus par le médecin de la Charité, publia, en 1860, dans le *Bulletin de thérapeutique*, une relation concernant trois cas d'anévrisme de l'aorte traités par l'iodure. Bouillaud, lui, s'était adressé à ce médicament sans raison physiologique, au hasard pour ainsi dire, excusé par le désir de soulager et, aussi, comme tout ce qui touche à la thérapeutique empirique, par l'insuffisance scientifique de son époque. Chuckerbutty, à son tour, s'adressait à l'iodure en désespoir de cause après avoir essayé la digitale, l'acétate de plomb et beaucoup d'autres médicaments réalisant ainsi cette idée que Nothnagel et Rosbach formulèrent plus tard en disant : « Quand on ne sait plus que faire, on s'adresse à l'iodure de potassium. »

Les observations de Chuckerbutty sont complètes en ce sens que le résultat des trois autopsies y est relaté. Mais, il faut le dire, les cas qu'il a essayé de traiter étaient absolument désespérés. Il obtint, une fois, une véritable résurrection et deux fois une sédation à peu près complète des symptômes les plus pénibles pour le malade, un affaïssement considérable de la tumeur extérieure et enfin, la reprise, sinon de la profession antérieure (les trois malades étaient matelots), du moins celle de la vie commune, dans des conditions satisfaisantes et cela pendant quatre, cinq et six mois.

A l'examen nécropsique, on constata dans la tumeur un début de travail réparateur, la consolidation du sac, l'oblitération de la poche et des artères qui s'en dégageaient, par des jetées denses, solides et compactes, de véritables caillots actifs.

Ces faits, joints à ceux que Bouillaud avait déjà publiés,

étaient bien de nature à encourager les praticiens à de nouvelles tentatives, sinon à entraîner complètement leur conviction, quand Balfour publia dans le *Journal médical d'Edimbourg*, en 1872, puis dans le *Lancet*, en 1873, les observations de douze cas d'anévrisme où l'iodure avait donné de bons résultats.

Voici les conclusions de Balfour : « Dans ces derniers douze mois, dit-il, j'ai eu à soigner plusieurs cas d'anévrisme thoracique qui ont tous été traités par l'iodure de potassium et dans tous, cette médication a été suivie d'une somme de succès assez grande pour justifier pleinement les éloges que j'avais, dans une circonstance précédente, faits de cette substance, lorsque j'ai écrit que je la croyais plus apte à donner du soulagement, si ce n'est à amener une guérison, que tout autre médication jusqu'ici employée dans le traitement de l'anévrisme interne. Les observations que je rapporte aujourd'hui convaincront, je le crois, l'esprit le plus sceptique que dans beaucoup de cas, au moins, il peut y avoir une amélioration positive dont la permanence dépend de diverses circonstances, sur lesquelles aucun médecin ni aucun médicament ne peuvent avoir d'influence. La valeur du traitement se démontre par ce fait que non seulement un soulagement dans les symptômes mais un amendement positif a été obtenu dans tous les cas où le malade a été soumis au médicament pendant un temps suffisant; et, à côté de ces faits, il en existe d'autres qui tendent à prouver que l'iodure de potassium peut non seulement agir en guérissant les anévrismes quand ils sont formés, mais qu'il peut encore exercer une influence prophylactique et intervenir comme modificateur puissant dans la diathèse

anévrismale ce qui vaut mieux pour le médecin et le malade. »

Depuis et plus près de nous, l'iodure de potassium a été employé contre les anévrismes de l'aorte par des cliniciens et des thérapeutes français tels que Potain, Constantin Paul, Bucquoy.

Les Allemands, eux aussi, ont suivi l'exemple et, en 1888, le Dr Scheele, de Dantzig, publiait dans le *Therapeutische Monatshefte* un article dans lequel, résumant les connaissances actuelles au sujet du traitement des anévrismes, il se déclarait encore peu convaincu par les expériences et les résultats publiés par Eloy, réclamait de nouvelles études expérimentales sur les propriétés de l'iodure et terminait en citant deux cas d'anévrismes du tronc innominé qu'il avait traités par la méthode de Bouillaud. Dans un de ces cas l'amélioration fut telle, le retour *ad integrum*, si parfait que l'on doutât un instant du diagnostic. Heureusement pour Scheele et pour l'iodure, mais moins heureusement pour le malade, le diagnostic avait été contrôlé et confirmé, avant tout traitement, par plusieurs célébrités médicales d'Outre-Rhin.

Entin, en 1888, Mac Donnel, cité par le *Therapeutische Monatshefte* et par le *Lyon Médical* a publié dans le *Practitioner* un cas de guérison complète d'un anévrisme de l'aorte, anévrisme d'origine traumatique, chez un jeune homme de vingt-deux ans.

De nos jours, la conviction semble faite et si on ne peut pas toujours conclure à une guérison complète on peut toujours affirmer, avec M. J. Sée, que « dans tous les cas il est survenu, sous l'influence des iodures, une réduction marquée de la tumeur, et, ce qui est le plus im-

portant, la disparition complète et souvent rapide des trois grands phénomènes qui tourmentent les malades ou même compromettent leur vie : d'abord les oppressions permanentes avec menace de suffocation, qui s'amendent sûrement et finissent toujours par disparaître; en deuxième lieu, les dyspnées laryngées avec sifflement (coînage), l'aphonie provenant de la compression du nerf récurrent enserré par la tumeur anévrismale; en troisième lieu, les névralgies par compression des nerfs du plexus cervico-brachial; il faut encore mentionner les dysphagies que l'iodure fait cesser et les phénomènes de compression des nerfs de l'aorte. »

CHAPITRE II

Action physiologique des iodures alcalins

Dans ses leçons de clinique thérapeutique, Dujardin-Baumetz se demandait (1880) comment pouvait agir l'iodure de potassium dans le traitement de l'anévrisme de l'aorte.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis douze ans, la question de l'action physiologique des composés iodés a fait d'immenses progrès. L'expérimentation est venue consacrer par une étude approfondie, les faits et les résultats acquis par l'empirisme ; et grâce à ces expériences de laboratoire, si nous ne connaissons pas encore le processus intime, le cycle complet de l'évolution des iodures dans l'organisme et la formule définitive des transformations réciproques que subissent et l'élément cellulaire et le principe médicamenteux ; nous tendons chaque jour et de plus en plus, à ce but proposé aux thérapeutes et aux cliniciens par le Dr Manquat qui veut : *que toute intervention thérapeutique soit commandée par une nécessité mor-*

*bide et exécutée à l'aide de moyens physiologiquement connus*¹.

Pour bien poser le problème du mode d'action des iodures dans la cure des anévrismes, il convient d'établir, tout d'abord, une distinction entre les cas où la syphilis paraît être la cause de l'affection et ceux dans lesquels un interrogatoire minutieux et un examen complet du malade ne permettant pas de conclure à l'existence d'une lésion spécifique, on doit invoquer comme facteurs étiologiques, l'alcool, la goutte ou des causes banales telles que les professions nécessitant des travaux manuels pénibles et des efforts répétés.

Dans le premier cas l'explication est aisée.

On sait, en effet, depuis Bielt, Wallace et Ricord ensuite, quels merveilleux et prompts résultats peut donner l'iodure de potassium contre toute affection que l'on peut classer parmi les complications de la syphilis tertiaire. Par conséquent, on ne s'étonnera pas d'une amélioration rapide et même de la guérison d'un anévrisme aortique chez un syphilitique ; soit que l'on reconnaisse à l'iodure des propriétés spécifiques ; soit qu'on ne fasse de ce médicament qu'un adjuvant de l'action mercurielle, en admettant que, même administré longtemps après, l'iodure va chercher dans les recoins de l'organisme le mercure qui s'y était terré et le lance de nouveau en circulation tout en favorisant son action élémentaire ; soit, que se rapprochant de l'idée de Ricord, on admette que dans la syphilis tertiaire, la lésion prime le microbe et que s'inspirant des conceptions histologiques de Kuss, qui fait de

¹ Manquat. *Traité de Thérapeutique*, préface.

l'iodure le médicament de toutes les inflammations interstitielles circonscrites ou diffuses ; on administre l'iodure de potassium dans la syphilis, parce que la syphilis tertiaire, parvenue à cette époque de son évolution, réalise la lésion type, sur laquelle l'action élémentaire de l'iodure est le plus apte à s'exercer. Cette dernière action doit être remarquée, car elle explique aussi l'effet de l'iodure dans les lésions alcooliques. Dans le second cas qui existe évidemment, car il serait bien peu clinique de vouloir faire de tout anévrisme de l'aorte une complication de la syphilis, dans le second cas, dis-je, l'explication des résultats favorables obtenus par l'emploi de l'iodure est moins facile. Elle existe néanmoins. Elle existe grâce aux travaux et aux recherches entrepris dans ces dernières années, depuis quatre ans environ, par Eloy, Huchard, G. Sée et Lapicque, Laborde, J. Prévost et P. Binet.

C'est, en effet, en nous inspirant des résultats obtenus par ces expérimentateurs et ces physiologistes que nous essayerons de faire un peu de lumière dans cette question.

Quand on étudie les propriétés de l'iode et des iodures une chose frappe tout d'abord le lecteur, c'est la place que ces agents thérapeutiques occupent dans la classification des médicaments. Presque tous les auteurs les rangent parmi les médicaments altérants, c'est-à-dire parmi ceux qui agissent le plus sur l'élément pour le modifier dans sa constitution, le faire autre, *alterum facere*, le ramener de l'état morbide à l'état sain.

Et d'abord, l'iodure agit sur le sang pour le rendre plus fluide, plus coulant. Dans ce milieu alcalin, le sel haloïde se conserve intact. Il se met en contact avec les éléments

fixes. Son effet immédiat est un processus de dénutrition, de résorption des produits plastiques interstitiels et secondairement un mouvement de rénovation, d'échanges moléculaires plus parfaits, d'apport d'éléments nouveaux et réparateurs.

A côté de cette action altérante, il faut en citer deux autres :

1° la diminution de la tension artérielle.

2° l'action réductrice rétractante¹.

Depuis les expériences de G. Sée et de Lapique, on sait que les deux iodures de potassium et de sodium, ayant au début de leur action des propriétés différentes de par la différence du radical, produisent un même effet final constant : la vaso-dilatation avec chute de la pression sanguine.

C'est le seul résultat qui nous intéresse ici.

Quant à la discussion sur les propriétés des deux iodures, nous ne nous en préoccupons pas. Nous avons employé l'un et l'autre de ces deux iodures. Avec l'un et l'autre nous avons eu des succès. C'est pourquoi, nous nous permettrons de conclure avec le professeur Soulier : « La susceptibilité, l'idiosyncrasie détermine surtout le choix de l'un et de l'autre ; mais le praticien doit commencer par l'iodure de potassium. »

La deuxième propriété de l'iodure de potassium indiquée par G. Sée à l'Académie de médecine est voisine de celle que nous indiquions plus haut, de cette action histologique sur les processus scléreux interstitiels, circonscrits ou diffus, c'est selon le terme même de l'auteur son action

¹ G. Sée. *Loco citato*.

réductrice rétractante, en vertu de laquelle la poche anévrismale subit un retrait graduel.

Voilà pour les iodures.

Nous avons employé, en outre, dans les deux cas d'anévrisme, dont nous parlerons plus loin, le repos au lit, le régime, la compression collodionnée.

Le repos est indiqué pour réaliser, par le plus simple et le plus naturel moyen, cette diminution de la tension sanguine, qui est devenue pour la plupart des auteurs le facteur essentiel de la cure des anévrismes. On sait les succès que Tuffnell a obtenus par l'association du repos, du régime et d'iodure.

Quant au badigeonnage de la tumeur thoracique par du collodion élastique, son introduction dans la thérapeutique de l'anévrisme remonte en 1878, époque à laquelle Broca eut recours à ce procédé.

Le professeur Bondet resté fidèle à cette pratique, nous a indiqué les bons effets que l'on pouvait tirer de cette application sur la tumeur d'un corps doué de remarquables propriétés rétractantes. Voici ce que l'on peut attendre du collodion :

1° Il agit comme un organe de protection contre tout traumatisme extérieur ;

2° Il est pour la paroi antérieure une doublure efficace atténuant par sa résistance propre l'effet du choc sanguin ;

3° Il aide par sa rétraction propre à l'action réductrice rétractante de l'iodure : cette dernière propriété exerçant ses effets lentement et sans brusquerie n'expose à aucun des dangers de la compression.

CHAPITRE III

De l'influence de la diathèse syphilitique dans le développement des anévrismes.

Pendant que les études sur l'iodure de potassium se continuaient dans la thérapeutique, un autre facteur important se développait peu à peu dans la science, y prenait pied et contribuait puissamment, par son évolution même, à mettre en lumière et à vulgariser l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement des anévrismes de l'aorte.

Nous voulons parler de l'idée de relation qui existe entre syphilis et anévrisme de l'aorte.

Cette idée, nous la devons à Lancisi, qui la formule le premier, après avoir obtenu plusieurs guérisons d'anévrismes au moyen du mercure.

Après Lancisi, Morgagni, Scarpa, Gendrin, reprennent cette idée, la développent, l'étendent et la consacrent par de nouvelles constatations cliniques. Dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, nous trouvons cette

phrase de Marjolin et Bérard qui résume l'ensemble des connaissances que l'on avait alors : « On a admis généralement, d'après les faits observés, que le virus syphilitique exerce directement son action sur les membranes des artères, les ramollit, les rend friables ou y produit des ulcères et que ces diverses altérations sont nécessairement suivies de dilatations anévrismales. »

Ces paroles prononcées un peu avant le milieu de notre siècle font bien voir que l'influence de la syphilis est admise de par la clinique seulement.

Une seconde période va commencer où de nouvelles études vont, au nom de la statistique et de l'anatomo-pathologie démontrer ce qui n'est encore que « généralement admis ».

Les premières études de statistique publiées sur la question nous sont venues d'Angleterre. Wilks, en 1863, relate un cas d'anévrisme de l'aorte abdominale chez une jeune prostituée syphilitique. Russel et Natly s'occupent aussi de la question. Welch, de l'École militaire de Netley, publie une statistique et conclue que le pourcentage des cas d'anévrismes syphilitiques est de 50 à 60; Cunningham, Macleod, Dadibson, Croft, travaillent aussi la question et, enfin, Knight publie dans le *Journal of Medecin, New-York*, un résumé de toutes les études parues jusqu'à lui et conclut en ces termes : « Les preuves ainsi accumulées semblent montrer, par conséquent, que la syphilis est une cause commune prédisposant à l'anévrisme. »

En France, Lancereaux, dans son *Traité de la syphilis* et dans plusieurs *Mémoires*, se fait le champion de cette nouvelle idée étiologique et lui apporte l'appoint de son

autorité de clinicien et d'anatomo-pathologiste. Puis la question est portée à la tribune de la Société médicale des Hôpitaux ; la discussion s'engage entre des hommes tels que Vallin, Cornil, Hillairet, Fournier ; tous acceptent la relation pathogénique qui relie l'anévrisme et la syphilis, et Fournier s'élève avec véhémence contre ceux qui refusent encore de s'incliner devant les faits et les constatations microscopiques.

Plus près de nous, des cas intéressants ont été publiés et commentés dans divers ouvrages ou communications par Dupret (Th. de Paris), Lancereaux, Lécorché et Talamon, puis par Constantin Paul, dans le *Traité de maladies du cœur*, Peter, et enfin, par Balzer et Legendre dans les *Archives de Physiologie*.

De nos jours la question a pris l'ampleur qui lui convient et en synthétisant les travaux d'Heubner, de Cornil, de Lancereaux, de Leudet, d'Ostwal et de Joffroy, on a pu démontrer l'existence de l'artériopathie syphilitique.

La diathèse a été mieux étudiée dans son cycle, dans ses localisations. On a remarqué que dès la période initiale, dès l'apparition du chancre induré, c'est le système artériel qui est lésé ; de même que, à la période finale, la gomme se forme par l'artérite de fines artérioles.

Donc, ce qui est la clé de toutes les lésions, c'est l'artérite syphilitique.

Pour différencier cette artérite spécifique on avait invoqué plusieurs caractères pathognomoniques tels que : la symétrie des lésions, la segmentation, le principe oblitérant, le bourgeonnement de l'endartère, la faible tendance à l'athérome.

Aujourd'hui, on a renoncé à vouloir faire de l'artérite syphilitique une lésion toujours une, toujours semblable à elle-même et nettement différenciée des autres processus inflammatoires du système artériel. L'artérite syphilitique est apparue, au contraire, comme une lésion essentiellement protéiforme dans son mode de début, dans ses localisations, dans l'intimité de son processus. On sait, aujourd'hui, que les lumières de l'anatomie pathologique et celles de la clinique ne peuvent faire la certitude complète et que la syphilis frappe aussi bien les gros troncs artériels, comme l'aorte, que les artères de la base du cerveau et que les artéριοles des méninges ou des circonvolutions et des centres.

On sait, depuis Cornil, que l'artérite syphilitique peut réaliser l'athérome, de même que les arteriopathies d'étiologie diverse ; qu'elle peut aboutir comme elles à l'oblitération, à l'ectasie, à l'anévrisme, à la rupture. Ces propriétés appliquées à l'étude de la pathologie cérébrale nous expliquent les hémorragies méningées, le ramollissement cérébral, l'aphasie, l'hémiplégie, les troubles intellectuels, par oblitération artérielle, par ischémie ou par hémorragie cérébrale ; appliquées à l'étude des arteriopathies tronculaires, elles nous donnent la clé des dilatations anévrismales en particulier et en général de l'aortite, que le professeur Jaccoud nous a montrée être toujours imminente chez le syphilitique, chez qui on doit toujours la rechercher minutieusement ; au même titre que l'on recherche les complications cardiaques dans le rhumatisme et rénales dans les pyrexies infectieuses.

Enfin, une autre particularité que nous ne saurions passer sous silence et qui paraît primer tous les caractères

de l'artériopathie syphilitique, *c'est sa sensibilité au traitement spécifique.*

Nous résumerons donc ce chapitre en disant : La clinique, l'anatomie pathologique, la thérapeutique nous ont appris que l'artérite syphilitique existait; qu'à elle on devait rapporter les principales manifestations de la syphilis et que, dans le doute, entre une artériopathie de cause banale et une artériopathie syphilitique, on doit toujours essayer le traitement par l'iodure de potassium.

CHAPITRE IV

Des diverses méthodes employées dans la cure des anévrismes de l'aorte.

Nous avons vu plus haut quels effets on pouvait attendre de l'emploi rationnel des iodures. Bien que nous n'ayons pas la prétention d'en faire une médication exclusive, ce que la clinique n'autorise pas, comme du reste la relation de plusieurs cas rebelles au traitement ioduré, nous espérons, en examinant rapidement les autres méthodes proposées pour la cure des anévrismes, faire ressortir par la comparaison des résultats, la supériorité de la méthode de Bouillaud.

L'acétate de plomb qu'employaient Dupuytren, Laennec, Brachet ; l'alun, que conseillait Sabatier, la grande consoude que Pelletan associait au sirop de coings et l'eau de Rabel n'ont plus, aujourd'hui, qu'un intérêt historique.

La digitale a eu un emploi plus répandu. Quelques praticiens l'administrent encore dans le cas d'anévrisme aortique. Cette manière de faire paraît être un danger. En

effet, comme le dit le D^r Mohamed dans le *Brit. Med. Journal* (1878), ce que l'on doit éviter surtout dans l'anévrisme de l'aorte, c'est l'emploi de tout médicament capable de surélever la tension artérielle; or c'est ce que produit la digitale qui augmente la pression sanguine : 1° par l'énergie qu'elle donne aux contractions cardiaques et 2° par le jeu des vaso-constricteurs.

Le D^r Rendu a publié dernièrement une clinique très instructive, qui met bien en relief cette dernière action et nous permettra d'apprécier l'antagonisme qui existe entre la digitale et l'iodure de potassium « ce poison digitalique ».

Il s'agit dans cette leçon d'une malade, qui entra dans le service du D^r Rendu en pleine crise d'asystolie.

Elle portait, en outre, un anévrisme de la crosse de l'aorte et de l'origine du tronc branchio-céphalique. Deux indications s'imposaient : terminer au plus tôt la crise cardiaque, traiter la dilatation anévrismale. La digitale réussit pour faire cesser l'asystolie. Mais se demande alors le savant clinicien, comment faudra-t-il continuer le traitement ?

« Théoriquement et même pratiquement, répond-il, il y aurait inconvénient, je crois, à continuer longtemps la digitale, il ne faut pas oublier que toute augmentation de la tension sanguine aura de la tendance à augmenter la poche anévrismale; aussi est-il bon dans les cas de ce genre de donner, de temps en temps, comme le font MM. Potain et Huchard de la digitale, pendant trois ou quatre jours, puis quand la tension augmente d'administrer l'iodure de potassium. *Ce qui convient au cœur est préjudiciable à l'anévrisme et réciproquement*; tout

l'art consiste donc à procéder avec les plus grands ménagements et à se maintenir dans un juste milieu. »

L'ergotine employée aussi à l'intérieur, doit être prescrite pour des raisons semblables.

Nous possédons depuis quelque temps déjà quelques bons médicaments vasculaires, modificateurs de la circulation comme par exemple le nitrite d'amyle et le chloroforme. Mais ces agents vaso-dilatateurs n'exercent qu'une action passagère et fugace : capables d'atténuer une complication accidentelle, de combattre un symptôme, un danger, ils échoueraient contre une maladie profonde comme l'anévrisme de l'aorte.

Le froid a été employé aussi contre les dilatations de l'aorte. On a pu en retirer de très bons effets, obtenus, non par la coagulation du sang dans la poche, mais par l'inflammation de la paroi, ce qui semble devoir être plutôt évité que recherché. De plus ce moyen est très douloureux, parfois même intolérable : il expose à de sérieuses complications du côté des voies respiratoires.

Arrivons maintenant aux procédés purement chirurgicaux.

La compression a donné de bons résultats dans le traitement de l'anévrisme de l'aorte abdominale. Depuis le cas malheureux publié par Tillaux on laisse ce moyen de côté quand il s'agit de la crosse de l'aorte.

Il y a cinq ou six ans on parlait encore beaucoup de la méthode de Moore. Ce mode de traitement a eu son moment de vogue. Après beaucoup d'autres, des hommes considérables comme Bucquoy, comme Lépine, l'ont appliqué à la cure des anévrismes de l'aorte. Mais je crois bien que depuis les idées que Verneuil et Dujardin-Bau-

metz ont développées devant l'Académie de médecine, la majorité des praticiens repousse systématiquement le procédé de Moore et cela de par les variations de la méthode, ses dangers immédiats ou secondaires, la fréquence des accidents inflammatoires, le doute dans lequel elle laisse pour tout ce qui concerne la qualité et la quantité des caillots, leur disposition dans la poche anévrismale et leur solidité.

L'électro-puncture doit être jugée beaucoup moins sévèrement.

Cette méthode entrevue par Pravaz, essayée par Liston et Gérard en 1838, a été appliquée de 1845 à 1859, par Pétrequin de Lyon, au traitement des anévrismes externes et à celui des anévrismes internes par Cineselli, professeur à Crémone. Depuis cette époque elle se répandit en Europe et en Amérique en se perfectionnant. Tripier en atténua beaucoup les dangers en recommandant (1861) d'introduire un seul pôle, le positif, dans la tumeur et d'appliquer le pôle négatif, extérieurement au voisinage de la poche.

Proust, Franck, Dujardin-Baumetz, le professeur Teissier de Lyon ont apporté à l'électro-puncture de nombreux perfectionnements.

Leurs travaux contiennent la relation de nombreux faits heureux. L'année dernière, dans la session de l'association française pour l'avancement des sciences, tenue à Marseille, le D^r Gilles et le professeur Teissier ont de nouveau attiré l'attention du public médical sur les résultats de l'électro-puncture.

Quoi qu'il en soit la méthode a été jugée devant l'Académie de médecine par l'homme le plus compétent en

l'espèce. Nous allons citer ici ce jugement en nous demandant si les nouveaux faits cités, les observations les plus récentes doivent infirmer les conclusions que Dujardin-Baumetz a posées quand il a dit : « Malgré les perfectionnements apportés au manuel opératoire et malgré les bénéfices réels que l'on a retirés dans certains cas de l'électro-puncture, les applications se font de plus en plus rares et cette défaveur tient à deux circonstances principales qui sont : d'une part l'impossibilité où est l'électro-puncture de produire une guérison définitive ou complète des anévrismes aortiques, de l'autre, la puissance de mieux en mieux reconnue du traitement ioduré.

« Il était à prévoir que l'électro-puncture ne pouvait produire une guérison définitive parce que la coagulation curatrice ne peut se faire que du côté de la pénétration des aiguilles, c'est-à-dire du côté de la peau et que c'est au contraire la paroi de la poche tournée vers l'intérieur, celle qui n'est pas accessible, qu'il importerait de consolider par la présence d'un caillot adhésif. Il s'ensuit que la méthode de Cineselli n'est que palliative et qu'il n'existe pas de cas de guérison définitive des anévrismes de l'aorte par l'électro-puncture. »

CHAPITRE V

Observations Inédites.

OBSERVATION I

Salle St-Augustin, Hôtel-Dieu. Service de M. le professeur Bondet.

M..., Jean, veloutier cinquante-trois ans. Du 2 janvier 1890.

Antécédents. — Père mort à soixante-douze ans probablement d'obstruction intestinale. Mère morte à soixante-huit ans de catarrhe. Trois frères et deux sœurs en bonne santé. Le malade est marié, il a eu neuf enfants, dont sept sont morts en bas âge.

Pas d'alcoolisme.

Pas d'impaludisme.

Pas de syphilis.

Début de l'affection. — Il y a cinq ans, douleurs chroniques dans la colonne vertébrale.

Il y a quatorze mois (septembre 1889) séjour dans le service pour des douleurs névralgiques siégeant dans la moitié gauche de la face, dans la nuque, dans l'épaule et le bras gauches et dans la région précordiale. A cette époque il fut pris en cinq ou six fois d'accès de dyspnée, qui duraient une à deux heures.

Traitement à l'antipyrine. Peu d'amélioration.

Au mois de juin dernier (1889) la voix devint rauque, râlée. Ces

phénomènes ont disparu depuis. Le malade éprouve des douleurs continuelles et d'une très vive intensité.

Il y a deux mois, apparition (novembre 1889) vers l'articulation sterno-claviculaire gauche d'une petite tumeur grosse comme une noisette et offrant un centre très net de battements.

Etat actuel. — Rien aux poumons ; le malade ne tousse pas. Rien au foie, ni à l'estomac. On ne sent pas la pointe du cœur : souffle systolique, sans prolongation dans l'aisselle.

Au foyer d'auscultation de l'aorte bruit systolique qui va en s'affaiblissant le long de l'aorte et en s'augmentant à mesure qu'on se rapproche de la dilatation anévrysmale. A ce niveau le souffle est très fort et l'expansion est très vigoureuse. La tumeur qui a le volume d'un petit œuf de poule présente des battements isochrones à ceux du cœur. La tension intérieure paraît considérable, la peau n'est pas adhérente ; la paroi antérieure paraît très mince.

Les deux pouls sont petits, déprimés, isochrones. L'isochronisme existe aussi avec les radiales pour les fémorales et les carotides. Il n'y a point de retard appréciable au doigt. Les battements de la carotide gauche sont beaucoup moins énergiques que ceux de la carotide droite ; souffle systolique doux long des deux carotides. Les sous-clavières ont des battements isochrones et de même énergie.

Pas de troubles du côté des sens ; leur même caractère d'acuité et d'intensité. Le malade maigrit en conservant un état général relativement bon.

Depuis l'entrée de M... dans le service on a donné : 4, puis 6, puis 8 grammes d'iodure de sodium par jour. Le malade prend beaucoup de lait et garde le repos au lit.

Le 28 janvier on note : affaissement et diminution de la tumeur.

Du 5 février : la tumeur diminue de plus en plus, la saillie a presque complètement disparu.

7 mars. — La tumeur n'existe plus. On ne la sent qu'à une palpation un peu profonde.

On perçoit des battements très faibles dans la carotide gauche. Les douleurs névralgiques ont disparu. Bon état général. Le malade supporte bien son iodure dont la dose est de 10 grammes depuis un mois.

Du 15 mai. — Cinq mois après le début du traitement le malade sort. *La tumeur est complètement affaisée, et invisible. Oblitération presque complète de la carotide gauche. M... va reprendre son travail de veloutier. Il continuera son iodure chez lui.*

1^{er} juin. — Le malade revient se montrer, sur la recommandation du professeur Bondet. Aucun trouble fonctionnel, pas de tumeur, *pas de battements dans l'artère carotide gauche.*

Septembre. — Le malade est vu chez lui. Les résultats obtenus se sont maintenus, un peu atténués pourtant par les efforts du patient qui travaille beaucoup. Il a de la peine à gravir les étages ; les grands mouvements le fatiguent un peu.

Les signes de la tumeur anévrismale sont toujours négatifs : pas d'expansion, pas de souffle.

Du 19 mars 1891. — Le malade rentre dix mois après son premier séjour à l'hôpital.

Sorti du service en juin 1890, anévrisme guéri. A repris son travail de tisseur qui nécessite beaucoup de mouvements.

En février 1891, c'est-à-dire huit mois après sa sortie de l'Hôtel-Dieu et onze mois après le début clinique de l'affection, des douleurs sont survenues dans tout le côté droit du cou et de la tête, c'est-à-dire du côté opposé à la tumeur, contrairement à l'année passée. Ces douleurs sont actuellement très vives et empêchent le malade de dormir,

La tumeur a reparu. La dilatation se sent très bien au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche. C'est une saillie dure, arrondie, animée de faibles battements systoliques.

La carotide droite est animée de battements violents qui soulèvent toute la région. Sous la clavicule droite une petite tumeur proémine : elle est le siège d'un souffle peu intense. La temporale droite est gonflée et bat énergiquement.

La carotide primitive gauche est complètement oblitérée ; on ne sent que quelques battements au niveau de la naissance des thyroïdiennes. Temporale gauche et invisible sans battements.

Les deux pouls radiaux ne présentent pas de différence d'intensité, ni de retard. Pas de souffle à l'orifice aortique.

Le malade reprend son traitement. Iodure de sodium 6, 8, 10 grammes. Lait et repos.

En mai 1891, amélioration notable, disparition de la tumeur. Les troubles fonctionnels sont très amendés.

5 avril 1892. — Réapparition de la tumeur. Le malade reprend son traitement et demeure dans le service jusqu'en juillet; à cette époque on note :

Diminution du volume de la tumeur et de tous les autres symptômes locaux ou généraux.

Du 30 mars 1892. — Le malade revient dans le service. Depuis quatre ou cinq mois, surtout sous l'influence d'efforts exagérés et d'excès de travail, la tumeur anévrysmale a reparu et a atteint peu à peu un volume supérieur à celui d'autrefois.

Actuellement, on constate au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche une tumeur située immédiatement sous la peau et qui s'étend jusqu'au deuxième espace intercostal, et dépassant légèrement en haut la poignée du sternum.

Tumeur molle, réductible, très partiellement et surtout animée de battements systoliques très nets, et d'un mouvement d'expansion excentrique, suivant la systole. L'auscultation révèle un simple souffle systolique qui se propage jusqu'à la base. On ne sent pas les battements de la carotide, ni de l'artère temporale du côté de la tumeur. Le pouls radial gauche est manifestement plus petit.

Le choc sigmoïdien se perçoit au niveau du troisième espace intercostal gauche (partie supérieure), derrière la troisième côte gauche.

La pointe du cœur ne peut se limiter, l'auscultation n'y révèle rien d'anormal.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Rien à noter dans les autres organes, l'état général est assez bon. On commence le traitement par l'iodure de sodium 4 grammes.

7 avril 1892. — La tumeur paraît descendre moins bas. On porte la dose à 6 grammes d'iodure de sodium. On fait prendre le moule en plâtre de la tumeur.

19 avril. — Le malade a eu des douleurs de la région latérale gauche du cou avec quelques irradiations dans le bras gauche. La nuit il a eu une crise dyspnéique, avec sensation d'étouffement.

28 avril 1892. — Légère angine, un peu de raucité de la voix. La tumeur paraît avoir diminuée. Les mouvements d'expansion sont moins nets, elle descend moins bas. L'iode de sodium est porté à 9 grammes par jour.

10 septembre 1892. — Le malade part très amélioré. La tumeur anévrysmale a diminué des deux tiers.

Une particularité doit être bien mise en évidence dans cette observation : c'est le phénomène de l'oblitération de la carotide primitive gauche, dont nous avons pu suivre pas à pas l'obstruction par des dépôts de fibrine. Nous avons vu par conséquent se réaliser avec ces bons effets, la méthode du Brasdor ; réaliser au moyen de la ligature l'imperméabilité des artères collatérales naissant au-dessous de l'anévrysme.

OSERVATION II

Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Augustin, service du professeur Bondet, septembre 1892.

G..., cinquante-cinq ans, cultivateur.

Pas d'antécédents héréditaires. Le malade a été marié deux fois. Il a plusieurs enfants en bonne santé et en a perdu un de cachexie hérédo-syphilitique.

Sa première ni sa seconde femme n'ont eu de fausses couches.

G... a été soldat pendant quatorze ans. Il a fait diverses campagnes : celles d'Afrique, d'Italie et la campagne de France 1870-71.

Pendant son service il a contracté :

1° La fièvre palustre;

2° Le choléra;

3° La syphilis;

4° Des habitudes alcooliques expliquées par la vie pénible que le malade a menée pendant ses diverses campagnes.

Depuis aucune autre maladie. Ses habitudes alcooliques auraient plutôt augmenté.

Il y a deux ans (1890), apparition de douleurs vagues dans les deux membres supérieurs, les épaules, dans la nuque et la région interscapulaire.

Un vésicatoire appliqué sur le côté gauche du thorax aurait fait disparaître, en ce point, les douleurs.

Puis apparition de quelques troubles fonctionnels : suffocation et palpitations pendant le travail et la marche.

Un peu de dysphagie, mais pas de symptômes gastriques. Le malade n'a eu ni vertiges, ni bourdonnements d'oreille; il a remarqué que sa vue depuis le début de son affection, baissait considérablement.

Enfin il y a trois mois, juillet 1892, il s'est aperçu de l'existence d'un centre de battements entre la deuxième et la troisième côtes droites, puis, peu à peu une voussure s'est formée à ce niveau, s'est développée dans tous les sens en allant toujours en augmentant de volume.

Le malade consulta alors M. Ollier (de Vals). Sur ses conseils il se présenta à l'hôpital.

Actuellement le malade attire tout de suite l'attention sur une tuméfaction sise au-dessus de la clavicule droite. Cette voussure a la forme d'un demi-ovoïde à grand axe transversal, allant de l'insertion costale du deuxième cartilage gauche à quatre travers de doigts du bord axillaire droit.

Ce grand diamètre mesuré suivant la corde de l'arc dessiné par la tumeur est de 13 centimètres. Le petit diamètre vertical va de l'articulation sterno-claviculaire droite au bord inférieur de la troisième côte du même côté.

Le relief est celui d'une tête de fœtus.

La peau est chaude, tendue, luisante, brunie par des applications fréquentes de teinture d'iode.

La main appliquée sur la tumeur est soulevée par un double battement isochrone aux battements cardiaques.

A la percussion : matité.

À l'auscultation deux bruits correspondants aux deux battements. Le premier sourd, un peu prolongé est rapidement suivi du deuxième qui est très court. La pointe du cœur bat faiblement dans le troisième espace intercostal, en dedans du mamelon. Bruits cardiaques faibles : pas de bruits anormaux.

Pouls petit, régulier, faible, pas de retard appréciable de la pulsation radiale droite sur la pulsation radiale gauche.

Aux poumons : murmure vésiculaire peu intense des deux côtés.

Larynx ; pas d'accès de dyspnée ; mais modifications de la voix. Souvent aphonie après de copieuses libations. Pas de bitoralité. La voix est devenue plus aiguë, un peu criarde.

Le malade n'a jamais eu de manifestations syphilitiques à la gorge. Pas d'inégalité pupillaire. Un peu d'épiphora.

Les douleurs qui siègent, comme nous l'avons vu plus haut, dans les épaules, les bras et la nuque sont *spontanées, horriblement pénibles, empêchant tout repos, soit de nuit, soit de jour*. L'action d'élever les bras l'exaspère. *Point douloureux atroce entre l'insertion costale des scalènes*. Pas de névralgies intercostales.

Depuis peu, douleurs dans les régions du plexus cardiaque.

Assez souvent le malade a remarqué que sa figure s'enflait.

Dès son entrée le malade est mis au repos, on passe au pinceau, une couche de collodion sur la tumeur et on soumet le patient au traitement ioduré.

Voici comment se répartissent les doses d'iodures de potassium que G... a ingérées :

Mois de septembre : 27-30. . . .	6 grammes.
du 30 septembre au 10 octobre. . .	8 —
Du 11 au 27 octobre.	12 —
Du 28 au 30 octobre.	6 —

En novembre, même progression.

Le 26 on abaisse jusqu'à 6 grammes. Pendant quelques jours' cessation complète du médicament.

Au mois de décembre, reprise graduelle. A ce moment, on note: 8 décembre. Amélioration considérable.

La tumeur a diminué de la moitié et cette diminution est sensible surtout au point de vue du relief et du diamètre transversal. Le double battement subsiste. Le pouls a conservé ses mêmes caractères

La dysphagie qui était assez accusée avant l'apparition de la tumeur (mai 1892) et qui persistait, bien qu'amendée depuis cette époque a complètement disparu, et malgré l'ingestion de doses progressives et quelques fois massives d'iodure. Le malade a, sauf quelques intermittences, recouvré un excellent appétit. Il a même notablement engraisé.

Ce qui encourage, plus que toute autre chose le malade à continuer son traitement, *c'est la sédation étonnante du symptôme douleur*

Les névralgies des plexus cervico-brachial et cardiaque n'ont pas complètement disparu. Mais au lieu d'être continues, avec des paroxysmes dont la fréquence et l'intensité arrachaient des cris au malade, et de rendre impossible tout repos, toute occupation; elles ne reviennent que de loin en loin, et ont perdu la plus grande partie de leur acuité. L'état général du malade est des plus satisfaisants.

A la date du 11 décembre, nous nous sommes rendu chez le malade, qui fait le sujet de notre première observation. Comme on a pu le lire, il est sorti au mois de septembre dernier.

Nous l'avons trouvé au travail, maniant à grands renforts de bras et de jambe, le battant de son métier, levier d'un poids de 50 à 70 kilogrammes, qui, dans son mouvement uniforme et rythmique, va, revient et s'abat contre le poignet, contre l'abdomen et ébranle tout l'organisme.

M..., jouit d'un état de santé aussi bon que possible. La tumeur existe toujours. Elle est de petit volume; celui d'un petit œuf de

pigeon. Il nous a accusé quelques douleurs dans le bras gauche, et un peu de suffocation, quand il monte à son quatrième étage, avec ses paquets de velours ou un seau d'eau.

Ainsi nous voyons un homme de cinquante-six ans, porteur depuis trois ans d'une tumeur anévrysmale. Cet homme soumis à une hygiène qui est celle de tout ouvrier d'une grande ville et à un labeur quotidien très pénible, que des hommes sains et plus jeunes abandonnent souvent par excès de fatigue, peut assurer, malgré son affection, l'existence de toute une famille; à condition de venir réclamer de temps en temps à l'hôpital un repos, un traitement et une hygiène générale, qui suffisent à le remettre en mesure de reprendre ces fatigantes occupations.

Quel merveilleux résultat ne pourrait-on pas obtenir dans la classe aisée, chez des malades dont la vie sédentaire consacrerait pour ainsi dire et rendrait définitifs les bons résultats du traitement!

CONCLUSIONS

L'étude rapide que nous venons de faire nous a montré :

I. L'innocuité du traitement de l'anévrisme de l'aorte par l'iodure de potassium ;

II. L'inefficacité et même le danger de certains moyens coagulants, inflammatoires ou violents, parmi lesquels la méthode de Moore ;

III. La relation évidente mais non encore complètement définie et précisée existant entre la syphilis et l'anévrisme ;

IV. L'impossibilité actuelle où nous nous trouvons de diagnostiquer parmi les anévrismes l'anévrisme syphilitique parce qu'il n'existe guère que des caractères communs entre eux ;

V. Les effets rapides et surprenants du traitement

spécifique sur toutes lésions se rattachant à la syphilis ,
qu'il nous soit maintenant permis de conclure en disant :

Il convient avant tout, dans le traitement d'un ané-
vrisme de l'aorte, d'instituer et de continuer longtemps
le traitement par l'iodure à hautes doses, combiné au
repos, au régime, et dans le cas de tumeur extérieure, à
la compression collodionnée.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BONDET.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Lancisi. — De aneurismatibus.
Morgagni. — Epistola anat. med.
Dujardin-Baumetz. — Leçons de thérapeutique.
H. Soulier. — Traité de thérapeutique.
Manquat. — — — — —
Lancereaux. — *Passim*.
Fournier. — — — — —
Dupret. — Thèse de Paris 1880.
Verdié. — Thèse de Paris 1886.
Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux, 1859.
Therapeutische Monatshefte, 1888.
Bouillaud. — Gazette des Hôp.
Chuckerbutty. — Bull. de Thérap., 1860.
Balfour. — The Lancet, 1872.
Jaccoud. — Sem. Méd., 1887.
G. Sée et Dujardin-Baumetz. — Sem. M., 1888.
Académie de médecine, 1887-1892.
Rendu. — Sem. méd., 1892.
Charrier. — Gazette hebd., 1892.
Charmeil. — Thèse de Lyon, 1887.
-

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique	9
CHAPITRE II. — Action physiologique des iodures alcalins. .	14
CHAPITRE III. — De l'influence de la diathèse syphilitique dans le développement des anévrismes	19
CHAPITRE IV. — Des diverses méthodes employées dans la cure des anévrismes de l'aorte.	24
CHAPITRE V. — Observations inédites.	29
CONCLUSIONS	39
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	41

